

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 3

FORME DYSPEPTIQUE DES CARDIOPATHIES

Troubles dyspeptiques des Insuffisances cardiaques latentes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-François FAVRE

né à Annemasse (Haute-Savoie), le 25 juillet 1892



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JÉAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921

FORME DYSPEPTIQUE DES CARDIOPATHIES

Troubles dyspeptiques des Insuffisances cardiaques latentes

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 3

FORME DYSPEPTIQUE DES CARDIOPATHIES

Troubles dyspeptiques des Insuffisances cardiaques latentes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis-François FAVRE

né à Annemasse (Haute-Savoie), le 25 juillet 1892



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
 Doyen. MM. J. LÉPINE
 Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	X...
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICART
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P)
	PIC
	FLORENCE A.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Accouchements	COMMANDEUR
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, Président ; NICOLAS, Assesseur

MM. ROUBIER et FAVRE, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

Avec toute mon affection et la
reconnaissance très vive que je leur
garde.

A MES TANTES

En témoignage de reconnaissance.

A MA FIANCEE

A MES PARENTS

A LA MEMOIRE DES AMIS CHERS
MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

AUX MEMBRES DE MON JURY

MONSIEUR LE DOCTEUR BERARD

MÉDECIN DES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

M'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a aidé de sa grande expérience
clinique. Il fut pour moi, durant
le semestre passé à ses côtés
le maître le meilleur. Je le prie de
bien vouloir agréer mes remerciements
et croire à ma reconnaissance
très affectueuse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD

MONSIEUR LE DOCTEUR DURAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE CORDIER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-ETIENNE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTEL

MONSIEUR LE DOCTEUR BERARD

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJOL

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous fut suggérée par l'observation d'un malade qui s'est d'abord présenté comme un gastro-pathe pur et chez qui la gastropathie était évidemment sous l'influence de l'insuffisance cardiaque comme l'ont montré l'évolution de la maladie et l'influence du traitement.

Nous ne nous proposons pas d'étudier au complet les troubles dyspeptiques des cardiopathies, en particulier les troubles dyspeptiques des asystoliques confirmés non plus que les troubles gastriques des aortiques ou les troubles gastriques liés à l'urémie des cardio-rénaux.

Nous voulons insister seulement sur les troubles dyspeptiques qui apparaissent comme les premiers signes révélateurs du fléchissement cardiaque quelle que soit d'ailleurs la nature de la cardiopathie.

Les malades porteurs de ces troubles doivent être rangés dans la catégorie des cardiaques défaillants et traités comme tels.

On sait bien, en effet, actuellement, que, en dehors des signes de l'asystolie classique, on peut rattacher au cœur toute une série de troubles fonctionnels portant sur des appareils divers et qui sont les premiers indices de la défaillance contractile du myocarde.

Le champ de ces insuffisances cardiaques au début ou légères s'est considérablement élargi au cours de ces dernières années en particulier en ce qui concerne les cardiaques hypertendus.

*
* *

Nous indiquerons au début de ce travail comment les classiques comprennent les troubles gastriques chez les cardiaques, nous réservant d'insister plus particulièrement sur les faits dont nous parlons plus haut des gastropathies de l'insuffisance cardiaque au début.

CHAPITRE I

Les troubles dyspeptiques chez les cardiaques. —

Données historiques.

Les troubles dyspeptiques des cardiopathies ont beau être connus depuis longtemps, leur description était noyée dans le tableau d'ensemble, que présentaient les auteurs, du syndrome asystolique.

Il faut arriver en 1867 pour trouver une première étude isolée cherchant à mettre en relief un mode de début ou mieux de révélation d'une cardiopathie latente et ignorée. C'est Leared, écrivant dans la *Medical Times and Gazette* un article intitulé : « Les Affections larvées du cœur », qui présente huit observations de malades porteurs de lésions aortiques et une d'un malade mitral, venus consulter le médecin pour leur dyspepsie et chez qui la cardiopathie ne fut décelée que grâce à un examen complet systématique, voire même par l'autopsie. Tel fut le cas d'un des malades ci-dessus qui, muni d'un traitement uniquement dirigé contre sa dyspepsie, mourut subitement dans l'heure suivante et fut trouvé porteur d'une lésion aortique.

« La défaillance cardiaque, dit Leared, est trop sou-

« vent accusée par une sensation d'oppression après les
« repas, de la flatulence et des troubles gastriques. Mais
« j'ai rencontré bon nombre de cas où l'affection cardia-
« que était si étrangement masquée par celle de l'esto-
« mac que rien dans l'état de ces malades n'avait de
« rapport avec l'affection primitive. »

En 1876, Potain et Rendu insistent de même sur l'importance des crises gastralgiques dans les maladies aortiques et au cours de l'étude des lésions mitrales s'expriment ainsi.

« Il n'est pas rare non plus de voir survenir des phéno-
« mènes dyspeptiques qui ne manquent presque jamais
« dans le cours de la maladie confirmée mais qui peu-
« vent parfois précéder toute manifestation cardiaque
« évidente. Ces troubles de l'estomac consistent dans de
« la pesanteur gastrique, une sensation de barre, de la
« lenteur de la digestion, une somnolence exagérée après
« les repas. Presque tous les cardiaques atteints d'affec-
« tion mitrale sont infiniment plus oppressés après les
« repas et, pour quelques-uns, c'est le premier indice
« d'un trouble circulatoire. »

Enfin, c'est dans l'œuvre de Germain Sée que nous trouvons les renseignements les plus précis. Dans son traité des « Dyspepsies gastro-intestinales », en 1881, il signale l'erreur de diagnostic possible : « Les cardia-
« ques et les asthmatiques se plaignent souvent de flatu-
« lences et parfois de douleurs gastriques, souvent même
« la maladie débute de cette manière et ces symptômes
« initiaux peuvent donner le change si bien qu'à défaut
« d'un examen rigoureux des organes thoraciques l'er-
« reur peut se produire et se prolonger. »

En 1889, dans son *Traité des « Maladies du Cœur »*, il sépare un important chapitre intitulé : « Signes extracardiaques des lésions valvulaires » :

« Il est, dit-il, des maladies cardiaques qui ne se traduisent que par des signes cardiaques douteux et qui empruntent le masque des maladies des viscères : estomac, foie, reins. »

Pour Germain Sée l'étude de l'estomac cardiaque comprend deux divisions ou mieux deux phases : *gastricisme initial* et *gastricisme tardif* : « Parmi les phénomènes extrinsèques dans les maladies du cœur, il faut citer par ordre de date souvent, d'importance toujours, les troubles gastriques. Ils se manifestent sous forme d'avertissement ou de symptômes dans les cardiopathies. »

Dans l'étude du *gastricisme initial* il insiste comme les auteurs précédents sur la catégorie de malades qui, venant se plaindre de troubles dyspeptiques, n'attirent pas l'attention du médecin sur autre chose, ont l'esprit tout entier fixé sur leurs douleurs gastriques et négligent de signaler un peu de dyspnée ou tel autre petit signe avertisseur d'une défaillance cardiaque légère.

Le médecin non averti peut conclure à une affection gastrique et prescrire un traitement uniquement gastrique, ou bien, s'il se défie, un examen attentif et complet dépistera la lésion cardiaque.

« Le malade, dit Germain Sée, est entré gastrique dans votre cabinet de consultation, il en sort cardiaque. »

« Comment, dit-il, retrouver le cœur malade au milieu de ces troubles de l'estomac ? » Ce diagnostic, facile lorsqu'il s'agit d'une lésion orificielle ou même d'une hypertrophie cardiaque, ne se complique réellement que

lorsqu'il s'agit d'une myocardite scléreuse ou fibro-graisseuse à symptomatologie toujours obscure. C'est dans ces cas qu'il convient de rechercher soigneusement la dyspnée de travail et l'arythmie. »

Les traités classiques des maladies du cœur ne font, en général, mention de ces troubles gastriques que de façon accessoire en s'attachant surtout à la description des troubles gastralgiques des aortiques ou des troubles gastriques du foie cardiaque.

Des revues d'ensemble existent dans la littérature médicale, relativement au sujet qui nous occupe :

Müller (Thèse de Paris 1886 : « La dyspepsie des cardiaques ») insiste dans ses conclusions sur l'importance et la fréquence des troubles gastriques, s'attardant surtout à décrire les gastralgies des aortiques : « Dans quelques « maladies du cœur, dit-il, et en particulier dans l'insuffisance aortique, la dyspepsie est souvent le premier et « unique symptôme qui puisse mettre sur la voie du diagnostic de l'affection valvulaire. »

Hauteccœur (Thèse de Paris 1891 : « Etudes sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques, ») fait une étude très documentée du chimisme gastrique chez les cardiopathes. Cliniquement : « Tel malade, dit-il, « souffrant de l'estomac, accusant de l'anorexie, avec lenteur de la digestion, ballonnement du ventre après les « repas sera regardé comme un dyspeptique vulgaire. « Diverses médications seront essayées sans succès jusqu'au jour où le cœur sera examiné. On sera parfois « surpris de trouver une lésion mitrale et quelques doses

« de digitale suffiront pour modifier les troubles gastriques. »

Lœper, dans un article intitulé : « Les dysepsies complexes des mitraux » (*Progrès Médical*, 28 février 1914), parle de l'équilibre instable dans lequel se trouve un malade porteur d'une lésion mitrale :

« Certains sujets, dit-il, se mettent à vomir de la bile en abondance ou font des poussées diarréiques que l'on prendra à première vue pour de l'embarras gastrique simple ou pour une intoxication alimentaire et dont l'origine se précise ultérieurement par la constatation de la lésion mitrale. »

Nous signalerons enfin une revue générale de MM. Faroy et Lian dans la *Gazette des Hôpitaux* du 23 juin 1914, intitulée : « Les troubles gastriques de l'insuffisance cardiaque » donnant une étude très complète de la question.

CHAPITRE II

Dyspepsies de l'Insuffisance cardiaque latente. —

Les cardiaques faux-dyspeptiques.

§ 1. — CLASSIFICATION :

MM. Faroy et Lian, dans la Revue Générale signalée ci-dessus, font remarquer, avec juste raison, que la division classique des troubles dyspeptiques en troubles dyspeptiques chez les mitraux et troubles dyspeptiques chez les aortiques n'est pas complètement exacte et ils font rentrer ces troubles dans deux groupes :

I. — Les uns étant l'expression symptomatique de l'insuffisance cardiaque et par suite de la stase sanguine stomacale et pouvant s'observer dans toutes les cardiopathies au stade d'insuffisance cardiaque.

II. — Les autres traduisant exclusivement la souffrance des plexus sympathiques abdominaux périaortiques caractérisés par des crises douloureuses épigastriques et s'observant uniquement ou presque dans l'aortite abdominale.

Ils éliminent délibérément de leur sujet les troubles gastriques signalés dans le deuxième groupe pour envi-

sager uniquement les troubles qui accompagnent l'insuffisance gastrique à ses trois stades : Dysystolie, hyposystolie, asystolie.

§ II. — OBSERVATIONS :

OBSERVATION I.

C... Joseph, 65 ans, mineur. — *Asystolie : (Gros cœur, légère hypertension maxima, hypotension minima) à prédominance hépatique, ayant simulé une gastropathie primitive.*

Malade entré le 22 avril 1921 dans le service de M. Bérard pour de la gastralgie. N'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels qui retiennent l'attention. Marié, sa femme n'a eu ni grossesse ni fausse couche et rien n'oriente la pensée vers une spécificité.

Envoyé dès l'abord dans le service de chirurgie de M. Müller, il est, devant l'absence d'indication opératoire, passé dans un service de médecine.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à un an environ et se caractérise par des douleurs au creux épigastrique, avec irradiations dorsales, avec des exacerbations nocturnes assez violentes ; par de la lenteur de la digestion avec un peu de ballonnement, sans trouble intestinal. Le malade a conservé son appétit mais a maigri, dit-il, de six kilogs depuis le début de son affection.

L'examen abdominal révèle une douleur au creux épigastrique sans caractère net et un débord net du foie qui paraît gros et sensible.

L'intégrité des réflexes pupillaires, rotuliens et achilléens est absolue.

L'auscultation pulmonaire ne révèle qu'une légère obscurité respiratoire des bases sans submatité.

L'examen cardiaque montre un gros cœur à pointe dans le VI^{me} espace un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, un

petit souffle systolique de la pointe sans propagation axillaire.

La formule tensionnelle, 130 maximum, 55 minimum, montre une pression différentielle assez importante.

L'examen est négatif par ailleurs. Pas de bacille de Koch dans les crachats. Pas d'albuminurie.

29 avril. — Le malade présente aujourd'hui de la dyspnée, de l'œdème des membres inférieurs, de la congestion du foie, un cœur plus rapide, quoique régulier, pouls à 96 ; tension 115-120 ;

60

un souffle systolique de la pointe sans propagation axillaire. Les poumons sont toujours obscurs en arrière dans leur tiers-inférieur, avec quelques sous-crépitaux lointains sans modification de sonorité.

Il s'agit visiblement d'un état d'insuffisance cardiaque. D'ailleurs, la radioscopie, en montrant un estomac simplement atone mais s'évacuant bien, a fait voir les poumons pommelés dans toute leur étendue et un très gros cœur.

Toujours pas d'albuminurie.

On donne dix gouttes de Digitaline (solution au 1/1000^{me}).

2 mai : Tension $\frac{150}{65-70}$; Pouls 88, régulier.

Les œdèmes ont beaucoup diminué, le malade se sent mieux et réclame à manger.

4 mai : Tension $\frac{165}{70}$. Pouls à 72, régulier.

6 mai : Malgré la digitaline l'amélioration reste incomplète : le malade se plaint toujours d'oppression, de douleurs épigastriques. Ses malléoles sont un enflées surtout s'il se lève ; le foie reste gros au plan ombilical et on a l'impression que si l'amélioration ne se complète pas c'est qu'il s'agit d'une asystolie à prédominance hépatique dont les premières manifestations ont simulé une gastropathie primitive.

L'origine de la cardiopathie reste imprécise. Il est difficile avec le gros cœur dont la pointe est dans le VI^{me} espace, à

deux doigts en dehors de la ligne mamelonnaire, la formule tensionnelle, d'éliminer l'insuffisance aortique malgré l'absence du souffle. On avait pensé aussi à de la péricardite avec symphyse en raison de l'image radioscopique et des signes physiques pulmonaires qui n'ont pas varié.

Tension 150

———. Pouls régulier à 80.
65-70

Diurèse assez bonne.

On supprime la digitaline et on donne du calomel à dose réfractée.

11 mai : Le malade se sent mieux très nettement : l'oppression a diminuée, les douleurs épigastriques disparues. L'œdème des malléoles a complètement disparu et ne reparait pas à la fin de la journée lorsque le malade se lève.

Le foie est toujours gros.

On cesse le calomel.

13 mai : Le malade se sent de mieux en mieux et va être remis au régime ordinaire.

Tension : 165

———. Pouls 68, régulier.
55-60

18 mai : Le malade demande à quitter l'hôpital, se sentant mieux. Ausculté debout, il n'a toujours qu'un souffle systolique sans souffle diastolique. Le foie n'est certainement plus senti sous les côtes.

*
* *

En résumé, il s'agit d'un malade ignorant absolument sa cardiopathie, qui se plaint depuis un an de troubles gastriques vagues et qui fut pris à ce point pour un gastropathe vrai, qu'il fut dirigé d'abord sur un service hospitalier chirurgical. Devant l'imprécision des symptômes,

l'absence d'obstacle pylorique, le chirurgien n'envisage pas l'utilité d'une intervention et quelques jours après son passage dans le service médical le malade offre au médecin la clé du diagnostic en commençant sous ses yeux un syndrome asystolique avec hypertrophie du foie. On ne pouvait manquer de rattacher les troubles gastriques à l'insuffisance cardiaque et la démonstration en fut faite par le traitement : le malade, guéri de ses troubles dyspeptiques en même temps que son cœur reprend son équilibre pouvait quitter l'hôpital rétabli par la médication toni-cardiaque.

OBSERVATION II.

M. L., 54 ans. — *Néphrite chronique : hypertension artérielle, gros foie, troubles dyspeptiques sous l'influence d'une légère défaillance cardiaque. Disparition de ces troubles par le traitement tonicardiaque.*

25 novembre 1920. Vient consulter pour des troubles gastriques vagues. N'a aucun antécédent spécial. Marié, sans enfant, nie la syphilis; mais habitudes éthyliques professionnelles avouées.

Raconte une histoire assez peu caractérisée de troubles gastriques : inappétence, quelques lourdeurs avec sensation de gêne après les repas sans troubles intestinaux.

Suit, depuis plusieurs mois déjà, conformément aux conseils de son médecin, un traitement pour ses troubles dyspeptiques et n'en obtient aucun résultat.

L'examen révèle uniquement de l'hypertension $\frac{190}{120-125}$. Pouls

à 80, régulier, sans alternance.

Il éprouve, dit-il, un peu de dyspnée d'effort et un peu de gêne rétro-sternale.

Le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Les urines sont pâles, abondantes (polyurie nocturne) avec mince anneau albumineux.

Avait été soigné il y a trois ans pour un embarras gastrique fébrile ; n'avait pas d'albumine à ce moment-là.

On institue un régime lacto-végétarien avec un jour par semaine de diète hydrique et on donne 1 gr. 50 de théobromine 5 jours par semaine.

24 décembre 1920 : Amélioré au point de vue gastrique, trouve le régime un peu sévère.

Tension : $\frac{180-185}{115-120}$

L'albuminurie persiste :

On consent à un régime un peu moins sévère, on conseille une purgation tous les 15 jours et on ordonne de la Digitaline : un granule au 10^e de Digitaline par jour, une semaine sur deux pendant deux mois.

2 mars 1921 : Le malade va tout à fait bien actuellement, n'accuse plus aucun trouble gastrique ; de temps en temps a un peu de céphalée occipitale. Se sent mieux bien qu'il ait maigri de 4 kilogs 500 depuis trois mois.

Tension $\frac{170}{110}$. Pouls à 76, régulier.

Persistence de l'albuminurie.

On conseille pendant trois mois le régime thérapeutique suivant :

2 jours par semaine : 2 cachets de Diurocardine.

4 juillet : Va très bien. Suit assez bien son régime, mange peu, mange de la viande tous les jours, n'éprouve aucun malaise et fait son travail comme autrefois.

Tension : $\frac{160}{165}$. Pouls à 80, régulier.

Pour la première fois, disparition de l'albuminurie.

On continue le traitement ci-dessus.

Le foie reste débordant mais insensible.

En résumé, ce qui frappe chez ce malade c'est son éthy-
lisme auquel de prime abord on rattache ses troubles gas-
triques. Or, le régime approprié est suivi plusieurs mois
durant sans amélioration. Au contraire, dès que la médi-
cation cardiaque fut commencée le malade s'améliore et
la disparition progressive de ses troubles gastriques con-
corde très nettement avec l'amélioration de la formule
tensionnelle.

OBSERVATION III

Madeleine V..., 58 ans, ménagère. — *Arythmie complète.* —
Maladie mitrale. — *Entrée pour des troubles gastriques.* —
Pas d'hypertension artérielle, pas d'albuminurie.

Entrée dans le service du Docteur Bérard, le 23 octobre
1920. Malade sans antécédent pathologique personnel. Mari
vivant, tousseur ; a eu six enfants : deux sont bien portants,
quatre morts en bas âge. N'a jamais eu de fausse-couche.

Malade depuis six semaines, elle raconte d'abord une his-
toire de névralgie sciatique bien, peu nette avec un léger
œdème molléolaire à la fatigue et de la gêne de la marche,
puis une histoire de troubles dyspeptiques : a un peu d'inap-
pétence, se plaint que ses digestions sont lentes un peu dou-
loureuses.

L'examen somatique est négatif à ces deux points de vue :
les reflexes sont normaux, il n'y a pas de glycosurie et rien
né dénote une néoplasie gastrique à laquelle ferait penser
l'histoire ci-dessus et surtout la pâleur.

Aucun trouble intestinal ; les selles sont régulières, nor-
males.

Au cœur : arythmie complète peu rapide. Pointe dans le V^e
espace un peu déviée en dehors. Choc vibrant mais sans fré-
missement vrai. Petit souffle systolique de la pointe se propa-
geant peu.

Tension : $\frac{130-135.}{85}$

Pas d'albuminurie.

26 octobre : L'histoire racontée par la malade ne correspond pas du tout à ce que l'on trouve objectivement puisque le signe le plus important chez elle est une arythmie complète à 88 avec un cœur dont la pointe est dans V^{me} espace, un souffle mitral systolique se propageant peu dans l'aisselle, pas du tout en dedans de la pointe, sans frémissement.

Bien que la malade n'accuse aucun symptôme caractéristique d'insuffisance cardiaque on peut sans doute y rapporter les douleurs de jambe qui n'ont aucun caractère de sciatique et s'accompagneraient d'œdème à la fatigue, et aussi les symptômes gastriques, car le foie est très légèrement débordant, un peu sensible.

135
Tension : ———
85

13 novembre : La malade, qui n'a pas voulu rester à l'hôpital, est rentrée chez elle où elle a pris 18 granules de Digitaline au 1000^{me}. Elle se trouve sensiblement dans le même état.

Arythmie complète à 96. Pointe dans le V^{me}, un peu en dehors ; choc de la pointe assez fort. Léger frémissement qui paraît systolique. Souffle systolique de la pointe se propageant très peu en dedans ou en dehors. Premier bruit assez éclatant.

L'impression que donne aujourd'hui ce cœur est celle de lésions mitrales organiques. On ordonne du strophantus : 2 granules pendant vingt jours.

6 septembre 1921 : Entre à nouveau à l'hôpital sans s'être depuis sa sortie jamais bien portée ; avait beaucoup de peine à marcher, depuis 3 semaines ne travaille plus. Entre dyspnéique avec un peu d'œdème, de l'albuminurie moyenne, foie un peu au-dessus du plan ombilical, sensible.

Arythmie complète à 64.

Pointe dans le V^{me} un peu déviée ; léger frémissement, gros souffle systolique, dédoublement du 2^{me} bruit, suivi d'un roulement bref.

En résumé, il s'agit d'une mitrale qui a présenté des troubles gastriques dont l'origine cardiaque n'a pu être démontrée par l'épreuve du traitement, sans doute parce que la malade, rentrée chez elle, s'est soignée de façon incomplète.

Cependant, il est permis de conclure devant l'évolution des symptômes cardiaques et l'installation de la subasystolie constatée au deuxième séjour que les troubles gastriques primitifs étaient secondaires, par l'intermédiaire de la congestion hépatique.

OBSERVATION IV

(Tirée de la Revue Générale de MM. Faroy et Lian,
23 juin 1914).

Auguste B., 54 ans, vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour des troubles dyspeptiques apparus il y a trois mois et persistant depuis lors.

Ces troubles sont les suivants : inappétence complète, gonflement de la région épigastrique après les repas, regurgitation acides, somnolence ; trois à quatre fois par semaine, après le repas du soir, vomissement des aliments qui viennent d'être ingérés ; parfois toux émétisante. Pas de troubles intestinaux.

Restreint son alimentation pour diminuer les troubles ; maigrit et s'affaiblit mais n'éprouve aucun soulagement.

On remarque à un examen superficiel de la cyanose des lèvres, des joues et de l'arythmie. Dirigé dans ce sens, l'interrogatoire apprend que, ayant eu la variole à 28 ans, le malade a depuis l'âge de trente ans de la dyspnée d'effort mais rien autre. Il a cependant remarqué que cette dyspnée est plus marquée depuis qu'il souffre de l'estomac, mais on l'interprète comme une conséquence de ses troubles gastriques.

A l'examen : Appareil digestif. Légère douleur à la palpation du creux épigastrique, sympanisme de la grosse tubéro-

sité. Clapotage et bruit de flot trois heures et demie après l'absorption d'un peu de liquide. La radioscopie montre un estomac à pôle inférieur un peu abaissé mais se vidant rapidement.

Foie déborde le rebord costal de deux travers de doigt (hauteur de la matité : 15 cm sur la ligne mamelonnaire), légèrement douloureux à la pression.

Cœur : Pointe dans le VI^{me} espace sur la ligne mamelonnaire, souffle systolique de la pointe à propagation axillaire. Arythmie complète.

130
Tension : — Pouls à 104.
100

Poumon : Légère congestion passive des bases.

Urines sans albumine.

Très léger œdème du cou-de-pied.

Traitement. — Le malade reste au même régime alimentaire et au repos où il est depuis dix jours lorsqu'il vient consulter.

Du 22 au 25 août : 1 injection, par jour, intramusculaire de 2 centigrammes et demi d'extrait physiologique total de digitale.

Le 27 août, une injection ;

Le 28 août, une injection.

Dès la première injection, les troubles gastriques disparaissent, seul persiste l'inappétence qui s'atténue progressivement. Il en est de même pour la dyspnée d'effort. Les congestions viscérales disparaissent. L'arythmie et le souffle persistent, mais le pouls est à 90 environ, et le malade, se considérant comme complètement guéri, reprend son travail au début de septembre.

Evolution ultérieure : Sous l'influence du travail, de légers troubles d'insuffisance cardiaque se manifestent d'une façon constante mais ils restent légers car le malade ingère de petites doses de préparations digitaliques une ou deux fois par semaine. Les troubles dyspeptiques se résument en de l'irrégularité de l'appétit et un peu de pesanteur épigastrique après les repas.

En résumé : un syndrome dyspeptique conduit un malade à consulter : il est trouvé porteur d'une insuffisance mitrale avec arythmie complète. On rattache les troubles gastriques à de l'insuffisance cardiaque et sous l'influence exclusive du traitement digitalique les troubles dyspeptiques disparaissent rapidement.

§ III. — ETUDE CLINIQUE :

Le malade qui nous occupe, le « cardiaque faux-dyspeptique » se présente au médecin avec un ensemble symptomatique assez uniforme mais flou : Il souffre de l'estomac depuis quelques semaines, quelques mois, il a perdu l'appétit et restreint son alimentation pour éviter certains mets qu'il trouve indigestes. Dans l'heure qui suit le repas apparaît du gonflement épigastrique, le malade desserre ses vêtements et se plaint de ressentir à l'épigastre une sensation de gêne, de pesanteur, quelque chose d'analogue à une barre qui lui comprimerait l'estomac.

Parfois, ainsi que nous l'avons vu au cours d'une observation, la douleur peut être vive et simuler une douleur d'ulcus.

Le ballonnement s'accompagne d'éructation, de régurgitation, quelquefois de pyrosis et parfois de vomissements.

Ces troubles durent en général assez longtemps : trois à quatre heures après le repas durant lesquelles le malade est congestionné, somnolent.

En résumé, anorexie, ballonnement et pesanteur épigastrique avec de la constipation, tel est le tableau clinique fréquemment présenté par de tels malades.

L'examen sera parfois conduit avec une certaine partialité née de l'interrogatoire : c'est un malade qui souffre de l'estomac, qui vomit, qui maigrit un peu, et chez qui les premières recherches visent à dépister une affection gastrique : ulcus, cancer ?

On trouve en général fort peu de chose : une voussure sonore après les repas, du clapotage, une évacuation lente mais complète, en somme un grand estomac atone, paresseux. Le chimisme gastrique ne semble pas donner de résultat bien net.

Ce malade, examiné avec une arrière-pensée chirurgicale, redevient donc, du fait de l'absence d'indication opératoire un malade médical chez qui il convient d'établir l'origine d'une dyspepsie un peu obscure afin de diriger contre elle un traitement approprié.

On sera assez fréquemment mis sur la voie du diagnostic précis par l'examen du foie qui est très souvent hypertrophié, un peu sensible et débordant les fausses côtes. Hauteœur recommande de faire cet examen soigneusement et les observations que nous relations justifient presque toutes ce souci.

Enfin, c'est l'examen du cœur qui tranche le diagnostic étiologique en révélant : soit une lésion orificielle, soit des signes de myocardite, soit une hypertrophie cardiaque avec hypertension artérielle. On interroge alors ces malades avec une orientation différente et on apprend d'eux qu'ils ont remarqué un peu d'œdème malléolaire le soir, qu'ils urinent un peu moins et sont un peu dyspnéiques aux efforts.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Le mécanisme de production des troubles de l'insuffisance cardiaque paraît simple. Ils se manifestent, comme nous l'avons vu, au moment où s'installe la décompensation cardiaque avec les troubles qu'elle entraîne.

C'est la gêne de la circulation veineuse qui provoquant la congestion passive de l'estomac amène les troubles de son fonctionnement. On peut supposer que la congestion passive des parois gastriques est capable à elle seule d'engendrer les troubles dyspeptiques, en particulier quand il existe une cause locale favorisant cette congestion. C'est ainsi qu'une dyspepsie antérieure, que des habitudes éthyliques peuvent dans une certaine mesure favoriser la congestion passive au niveau de l'estomac. Cependant, il nous semble que c'est surtout par l'intermédiaire de la congestion du foie que l'estomac souffre à son tour car l'examen attentif des malades, s'il ne décèle pas toujours une hypertrophie notable de la glande hépatique, permet souvent de constater au niveau de l'épigastre le lobe gauche gonflé, douloureux.

Il pourrait paraître superflu de décrire à part une forme dyspeptique de l'insuffisance cardiaque, ce que nous

venons de dire de son mécanisme de production la rattachant nettement au foie cardiaque.

Mais nous voulons insister justement sur ce fait que, dans quelques cas, les premières manifestations cliniques du foie cardiaque se traduisent par des troubles, en apparence tout au moins, purement gastrique, rien tout d'abord n'attirant l'attention du côté du foie dans la description que les malades font de leurs symptômes. Et de fait, dans les traités classiques, il n'est pas habituellement fait mention de façon précise des faits que nous étudions.

Cependant dans le Manuel de Debove, Achard et Castaigne nous relevons les lignes suivantes :

« Au début de l'asystolie, lorsque les malades se plaignent de douleur à l'estomac, de dégoût pour la viande et les matières grasses, de troubles dyspeptiques variés, il est facile de constater que la douleur d'estomac est en réalité due au foie et il paraît probable que les troubles digestifs sont en rapport avec l'état congestif de la muqueuse gastro-intestinale, état consécutif à la distension sanguine du foie. »

Dans le groupe des affections cardiaques, celles qui rentrent le plus rapidement sur l'estomac et le foie sont d'abord les affections du cœur droit et les affections mitrales qui s'accompagnent de bonne heure de gêne de la circulation veineuse. Nous en dirons autant des affections péricardiques ; mais, d'une manière générale, toutes les insuffisances cardiaques, quelle qu'en soit l'origine, peuvent se manifester dès l'abord par des troubles dyspeptiques lorsque les cavités droites seront les premières à faillir, entraînant de l'encombrement veineux.

Nous voulons insister particulièrement sur les cardiopathies hypertensives. Les malades atteints d'hypertension artérielle peuvent pendant longtemps n'être pas considérés comme des cardiaques. Pendant toute une période de leur existence, l'hypertension reste latente; ne se manifestant extérieurement par aucun trouble fonctionnel et demeurerait complètement ignorée si le hasard d'un examen médical n'en révélait l'existence.

Plus tard, peuvent apparaître des signes de défaillance cardiaque, les malades entrant dans « la phase troublée de leur hypertension » (Gallavardin). C'est à ce moment que peuvent se montrer les troubles dyspeptiques que nous étudions.

A vrai dire, ces troubles dyspeptiques ne sont pas parmi les manifestations les plus habituelles de la phase troublée de l'hypertension. On sait que plus souvent il s'agit de manifestations d'un autre ordre en rapport avec le syndrome aujourd'hui classique d'insuffisance ventriculaire gauche : dyspnée nocturne, accès paroxystiques de dyspnée œdémateuse, phénomènes angineux, palpitation, etc. Mais cette insuffisance ventriculaire gauche, pour fréquente qu'elle soit, n'est pas l'aboutissant unique ou prédominant de l'insuffisance cardiaque des hypertendus.

Le ventricule droit peut être le premier à manifester sa défaillance en produisant de la tuméfaction du foie, de la congestion des parois gastriques avec les troubles correspondants, ce qui ne veut pas dire que, pendant ce temps, le ventricule gauche est resté intact. Mais son insuffisance propre peut être masquée, l'insuffisance ventriculaire droite étant seule apparente.

Castaigne, dans une article intitulé : « Le gros foie dur des hypertendus » (*Journal Médical Français*, 15 avril 1913), signale chez les hypertendus l'existence fréquente et trop rarement signalée d'après lui d'un gros foie dur qu'il rattache nettement à l'apparition de troubles circulatoires par insuffisance cardiaque.

Il attire l'attention sur cette hypertrophie hépatique qu'il considère comme un « signe d'alarme », car elle s'accompagne, dit-il, de dilatation des cavités droites, nécessite le repos, l'instauration d'un régime diététique et même la digitale.

Il ne nous paraît pas douteux que ces hypertendus à gros foie dont parle Castaigne rentrent dans la catégorie de malades que nous envisageons et que ce sont souvent ces malades qui viennent se plaindre au médecin de troubles dyspeptiques alors qu'ils n'accusent aucun trouble fonctionnel d'apparence cardiaque ; un interrogatoire serré permet seul de déceler quelques-uns de ces troubles fonctionnels qui avaient pour ainsi dire échappé au malade.

Nous ne voulons pas opposer parmi ces hypertendus en mal d'insuffisance cardiaque commençante le groupe des insuffisances ventriculaires gauches avec son cortège de troubles dyspnéiques paroxystiques au groupe des insuffisances ventriculaires droites à manifestations cliniques dyspeptiques car, en pratique, il existe toujours un certain enchevêtrement des manifestations ventriculaires droites et ventriculaires gauches.

Cependant, de même qu'un épisode d'œdème aigu du poumon chez ces malades est quelquefois le premier signal de la défaillance du cœur gauche, de même nous

pensons que des troubles dyspeptiques associés à une hypertrophie plus ou moins manifeste du foie sont, dans certains cas, le premier signe de défaillance du ventricule droit avant même toute manifestation importante d'insuffisance ventriculaire gauche.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Traitement

Voici un malade chez lequel on a noté avec soin les épisodes d'une histoire gastrique peu nette, dont l'organicité paraît douteuse et chez lequel l'examen révèle quelques signes de cardiopathie dont la décompensation n'apparaît souvent pas.

Comment acquérir la certitude que ces troubles sont d'origine cardiaque ?

Pour les cardiaques orificiels, le diagnostic est relativement facile : la lésion est habituellement de découverte aisée et, bien que les troubles gastriques soient prédominants il est de règle qu'une observation attentive fasse découvrir d'autres signes de défaillance cardiaque : dyspnée, oligurie, œdème léger, congestion des bases.

Il est bien évident néanmoins qu'on peut être cardiaque orificiel, souffrir de l'estomac et le lien entre les deux affections être obscur.

Dans les cas douteux, où les manifestations dyspeptiques existent à peu près seules, l'épreuve du traitement constituera un excellent appoint au diagnostic. Cette épreuve permettra même par la suite de considérer ces malades comme des cardiaques sur la pente de la décom-

pensation, de les faire bénéficier, dès ce moment, des bienfaits de la médication tonocardiaque et d'éloigner ainsi l'échéance de l'asystolie.

Le problème se pose un peu différemment et est surtout plus délicat quand il s'agit de cardiaques non orificiels avec ou sans hypertension artérielle et c'est précisément le cas du malade de l'observation I.

Ce malade est resté près d'un an avec les apparences d'un véritable gastropathe précisément parce que le cœur n'attirait pas sur lui l'attention : il ne s'agissait ni de lésion orificielle ni d'hypertension artérielle, mais simplement de myocardite. Il est évident que le diagnostic dans des cas semblables ne peut être établi que par l'interrogatoire précis, l'examen complet du malade, par l'existence d'un foie gros et sensible, par la recherche attentive des petits signes d'insuffisance cardiaque, enfin, comme pour les cas précédents, par l'épreuve du traitement.

Chez les hypertendus, un élément de diagnostic de plus est fourni par l'étude de la tension artérielle. Il convient de se rendre un compte exact de l'importance de l'insuffisance cardiaque chez les hypertendus. Ces malades, et surtout ceux du type brightique n'étaient autrefois considérés comme cardiaques qu'à un stade avancé de défaillance cardiaque lorsque leur cœur était devenu ce qu'il est classique d'appeler le cœur rénal.

Mais on sait maintenant que ces malades deviennent des cardiaques bien plus tôt qu'on ne le pensait et que, avant l'apparition du syndrome asystolique classique, ces malades présentent des signes manifeste de fléchissement cardiaque.

Nous ne voulons pas nous étendre à nouveau sur ce

qui a été dit au chapitre Pathogénie de l'apparition de la défaillance cardiaque chez de tels malades. L'étude de la tension artérielle devra être faite de façon attentive : on connaît actuellement les règles de sphymomanométrie clinique. On sait comment il faut apprécier le rapport entre la tension minima et la tension maxima ou pression différentielle ; on sait que la baisse de cette pression différentielle est parmi les signes révélateurs de l'insuffisance cardiaque : déjà la stase veineuse est capable par elle-même d'élever la pression diastolique et de traduire ainsi dans une certaine mesure la défaillance des cavités droites. En outre, comme nous l'avons déjà dit, les deux ventricules sont habituellement défaillants à la fois et l'insuffisance ventriculaire gauche agit à son tour pour diminuer la pression différentielle.

En outre, l'étude de la pression veineuse pourrait, dans le cas qui nous occupe, fournir un élément d'appréciation. Cette étude n'est encore qu'à ses débuts : MM. Villaret et Saint-Giron ont rapporté récemment à la Société Médicale des Hôpitaux des faits intéressants, et peut-être pourra-t-on bientôt, dans l'étude de l'insuffisance cardiaque, s'aider de la mesure de la pression artérielle et de la pression veineuse comparées pour établir le bilan respectif de l'insuffisance des deux ventricules.

TRAITEMENT :

Tout l'intérêt de ce chapitre réside dans la valeur diagnostique de l'épreuve du traitement. Il convient de faire le traitement digitalique classique en lui associant selon les besoins une médication plus particulièrement dirigée

contre l'hypertrophie hépatique, c'est-à-dire : purgatifs, lavements, sangsues, calomel à doses réfractées.

Ce sera chez de tels malades qu'il convient d'avoir recours aux préparations digitaliques injectables (Lian) pour éviter l'intolérance gastrique et obtenir une action plus sûre en évitant la traversée hépatique.

Il est bien entendu que la médication digitalique pourra et devra être associée au repos, à la diète, aux diurétiques : théobromine en particulier.

Comme il arrive pour les accidents asystoliques bénins, le repos, la diète, les diurétiques apportent déjà une amélioration au malade que complètera l'action de la digitale.

CONCLUSIONS

I. — L'insuffisance cardiaque au début est capable de se traduire cliniquement par des troubles dyspeptiques qui apparaissent comme la manifestation isolée ou prédominante de cette insuffisance.

II. — Ces troubles dyspeptiques affectent ordinairement l'allure de troubles gastriques mal définis : anorexie, flatulence, gêne plus ou moins douloureuse.

III. — Ils relèvent de la gêne de la circulation veineuse, conséquence de l'insuffisance des cavités droites soit par congestion passive des parois gastriques, soit plus souvent par congestion hépatique primitive.

IV. — Ces troubles peuvent s'observer dans toutes les formes d'insuffisance cardiaque, qu'il s'agisse de lésion orificielle (en particulier mitrale) de péricardite, de myocardite ou de gros cœur hypertendu.

Dans ce dernier cas, les troubles dyspeptiques peuvent être le premier signal de la défaillance cardiaque lorsque celle-ci se manifeste au niveau des cavités droites avant que le ventricule gauche soit lui-même défaillant.

V. — Il est en général facile de rattacher les troubles dyspeptiques dont nous parlons à l'insuffisance cardia-

que. Cependant le diagnostic peut présenter des difficultés quand il s'agit de myocardite simple sans lésion orificielle ni hypertension.

En cas d'hypertension artérielle la sphygmanométrie et l'étude de la pression différentielle rendront de précieux services.

VI. — Dans les cas douteux, l'influence du traitement toni-cardiaque donnera la clé du diagnostic et ses résultats fourniront des indications importantes pour la conduite à tenir ultérieurement.

VU :

Le Président de thèse,
MOURIQUAND.

VU :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 13 octobre 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEARED. — *Medical Times and Gazette* 1867. Les affections larvées du cœur.

POTAIN et RENDU. — Article Cœur in Dictionnaire Dechambre.

GERMAIN SÉE. — Dyspepsies gastro-intestinales 1881.

— Traité des Maladies du cœur.

MULLER. — Thèse Paris 1885-1886. La dyspepsie des cardiaques.

HAUTECŒUR. — Thèse Paris 1891. — Etudes sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques.

CARRIÈRE. — *Gazette des Hôpitaux* 1900, 16 juin. Les gastro-pathies d'origine cardiaque.

LŒPER. — *Progrès Médical*, 28 avril 1914. Les dyspepsies complexes des mitraux.

Traité de DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. — Maladies du foie.

CASTEIGNE et HEITZ. — *Journal Médical Français* (15 avril 1913). — Le gros foie dur des hypertendus.

VAQUEZ et LECONTE. — *Paris Médical*, 2 juillet 1921. Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus.

FAROY et LIAN. — *Gazette des Hôpitaux*, 23 juin 1914. Les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque.

MERCKLEN. — Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur.

GALLAVARDIN. — La tension artérielle.

— *Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1921. Le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
CHAPITRE I ^{er}	13
CHAPITRE II	19
CHAPITRE III	31
CHAPITRE IV	37
Conclusions	41
Bibliographie	43

Imprimerie J. DEPRELLE
3, Avenue de la Bibliothèque, Lyon
